|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **فرم اطلاعات پذیرش پروژه** | شماره سند: |
| شماره پذیرش:  |
| تاریخ:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: | Email: | تلفن همراه: |
| نام و نام خانوادگی مجری طرح (استاد رهنما): | تلفن همراه مجری طرح (استاد راهنما): |
| Email:ایمیل مجری طرح (استاد راهنما):  |
| رشته و آخرین مدرک تحصیلی: | مرتبه علمی: |
| نشانی (محل کار): |
| عنوان و هدف پروژه:آیا پروژه بر روی سوژه انسانی/حیوانی انجام می ‌شود؟  بله  خیر |
| تجهیزات مورد نیاز برای آزمون(MRI,EEG, Eye-tracker, etc): |
| آیا به خدمات مشاوره برای تعیین روند آزمون و یا آنالیز تصاویر اخذ شده، نیاز دارید؟ بله  خیر |
| نیازمند معرفی جهت دریافت مجوز کمیته اخلاق از سوی آزمایشگاه  می باشم  نمی باشم. | تکمیل کننده (نماینده):امضاء/ تاریخ |
| به ذخیره سازی اطلاعات پس از اتمام پروژه ها نیاز  دارد  ندارد. |
| به طراحی آزمون/ مشاوره انجام آن .....  دارد  ندارد.  | نیاز به جلسه پایلوت ......  دارد  ندارد. |
| به آنالیز داده نیاز .....  دارد  ندارد.  | تاریخ پیشنهادی شروع پروژه: / / 13 |
| تعداد نمونه مورد نیاز: ............... نفرسالم ..............نفر بیمار | تخمین میزان زمان لازم برای هر فرد: ............ ساعت |
| تاریخ پذیرش:امضای فرد متقاضی: | واحد ارتباط با مشتریان:امضاء |

|  |  |
| --- | --- |
| واحد پذیرش مرکز تصویربرداری | این پروژه قابل انجام ......  می باشد  نمی باشد.ملاحظات: |
| کل زمان ارائه خدمات: \_\_\_\_\_ ساعت | کل زمان آماده سازی: \_\_\_\_\_ ساعت | کل زمان دریافت داده: \_\_\_\_\_ ساعت |
| واحد پذیرش مرکزنام/امضاء/تاریخ/ساعت | معاون مربوطه:نام/امضاء/تاریخ/ساعت |

* ارائه مجوز اخلاق در تمام آزمایشات انسانی و حیوانی الزامی است.
* در صورت وجود گروه بیمار هماهنگی برای حضور پزشک بر عهده مجری طرح خواهد بود.
* در صورت انتشار نتایج ثبت شده در پژوهشکده می بایست در بخش قدردانی نام پژوهشکده علوم شناختی پژوهشگاه دانش‌های بنیادی قید گردد.
* در صورت استفاده بدون هزینه از خدمات مشاوره و آنالیز داده ذکر نام فرد/افراد مشاور و یا تحلیل کننده داده به همراه افلیشن پژوهشکده علوم شناختی پژوهشگاه دانش‌های بنیادی بعنوان یکی از نویسندگان در گزارش پروژه و یا مقاله الزامی است.